



CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En _____ a _____ de _____

COMPARECE

Don(ña): _____ Rut.: _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Representante Legal

Don(ña): _____ Rut.: _____
(Nombre y dos apellidos)

CIRUGÍAS

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

AMBOS

FACOERESIS - IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR			
VITRECTOMIA			
TRABECULECTOMIA			
RESECCIÓN + INJERTO CONJUNTIVAL O PLASTIA CONJUNTIVAL			
DRENAJE - CURETAJE			
FOTORREFRACTIVA			
INYECCION INTRAVITREA			

DECLARO

Que se me ha entregado toda la información requerida sobre la naturaleza y fines de la intervención quirúrgica o procedimiento médico necesarios para el tratamiento de mi enfermedad, con sus eventuales complicaciones y esperados beneficios.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme y no hacerlo. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria por lo que:

Doy mi CONSENTIMIENTO

RECHAZO el tratamiento

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

Finalmente, ante mi consentimiento, comprendo que se harán todos los esfuerzos para que mi operación sea exitosa y sin complicaciones, pero que no se pueden dar garantías 100%, las que no existen en ningún acto quirúrgico o anestésico. Además, si en el transcurso de la operación, procedimiento o tratamiento médico a consecuencia del mismo se presentaran situaciones imprevistas que requieran exámenes o procedimientos diferentes o adicionales, acepto y autorizo desde ya a dichos profesionales para realizarlo.

Autorizo grabar cirugía SI

NO

Nombre y Firma del Médico

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Representante Legal